

## Fragebogen - HIV

### Kunde

Name   
Strasse   
Geschlecht   
Geburtsdatum   
Kundennummer

Vorname   
PLZ / Ort   
Tel.   
eMail   
Antragsnummer

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse:  cm      Gewicht:  kg      Datum:   
Blutdruck:  mmHg systolisch /  mmHg diastolisch      Datum:   
Raucher/Raucherin:  nein  ja      Falls ja, was?       Anzahl/Tag?       E-Zigaretten:  nein  ja  
Hat früher geraucht:  nein  ja      Seit wann nicht mehr?

### Ansteckung:

Datum der Feststellung der Seropositivität:   
Ansteckung durch (falls bekannt):

**In medizinischer Betreuung:**  nein  ja      Seit:

**Antiretrovirale Therapie:**  nein  ja

Beginn der Therapie:   
Art der Therapie:

Wurde sie unterbrochen?  nein  ja      Dauer:

Wenn ja, warum?

Compliance (Therapie und Beobachtung)?  nein  ja      Seit wann?

Wenn nein, warum nicht?

Werden derzeit andere Therapien angewendet?  nein  ja      Datum:

Wenn ja, warum?

Grund:

### Zusätzliche Untersuchungen:

CD4-Wert:      bei Feststellung:  mm<sup>3</sup>  
niedrigster Wert:  mm<sup>3</sup>  
aktueller Wert:  mm<sup>3</sup>

Viruslast:  nicht nachweisbar  nachweisbar - derzeitige Anzahl der HIV-RNA-Kopien:  /ml

## Laborwerte:

Hepatitis-C-Serologie, Ergebnis:

Datum:

Hepatitis-B-Serologie, Ergebnis:

Datum:

## Bestehen Begleiterkrankungen?

nein  ja

Wenn ja, welche?

Datum:

Behandlung und Dauer:

## Andere bekannte Krankheiten oder Therapien?

Welche?

Welche Therapie?

Seit wann?

Gründe:

## Drogenabhängigkeit:

nein  aktuell  früher - wann?

Welche Substanzen?

Letzter Konsum?

Welche Behandlung?

Wann?

## Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.